



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Tuulikki Vehko  
Ilmo Keskimäki (toim.)

TYÖPAPERI

# Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2015

Ohjelma ja rinnakkaissessioiden tiivistelmät

**TYÖPAPERI 28/2015**

Tuulikki Vehko, Ilmo Keskimäki (toim.)

# **Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2015**

**Ohjelma ja rinnakkaissessioiden tiivistelmät**



**TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-550-9 (painettu)  
ISBN 978-952-302-551-6 (verkkajulkaisu)  
ISSN 2323-363X (verkkajulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-551-6>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Tampere, 2015

## Esipuhe

### **Terveystutkimuksen päivät: Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus 2015**

Seminaarin tarkoituksena on yhtäältä välittää ajankohtaistietoa ja näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksesta niin rahoituksen kuin alueiden suhteen ja toisaalta iltapäivän osuudessa mahdollistaa tutkijoiden esitykset ja tilannekuvaukset omien tutkimustulosten tai vireillä olevien hankkeiden osalta. Perjantaina varustetaan väitöskirjaa valmistelevia ja muita terveydenhuollon tutkimuksesta kiinnostuneita terveydenhuoltotutkimuksen sisältöön ja menetelmiin liittyvällä koulutuksella.

Mikäli seminaarin puhuja antaa suostumuksensa esitykset lisätään seminaarin jälkeen THL:n Slideshare-tilille: <http://www.slideshare.net/THLfi/>. Tässä julkaisussa on Terveystutkimuksen päivien ohjelma ja tiivistelmät torstai-iltapäivän sessioissa esiteltävistä tutkimuksista ja hankkeista.

Terveystutkimuksen päivät järjestetään yhteistyössä monien tahojen kanssa. Mukana ovat Sosiaalilääketieteen yhdistys, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto ja Terveystieteiden yksikkö, Helsingin yliopisto ja Kansanterveystieteen osasto, Terveystutkimuslääkärit ja Kansanterveyden tohtoriohjelma. Kiitos kaikille tahoille osallistumisesta!

Seminaarin puhujissa ja osallistujissa on päättäjiä, terveydenhuollon tutkijoita ja kehittäjiä sekä alan opiskelijoita. Antoisaa seminaaria ja verkostoitumista!

Osallistu keskusteluun myös Twitterissä #THTpäivät2015

Tervetuloa Terveystutkimuksen päiville 12.–13.11.2015!

Helsingissä 28.10.2015

Tuulikki Vehko & Ilmo Keskimäki

## Ohjelma

### Terveystieteiden tutkimuksen päivät: Sosiaali ja terveydenhuollon kokonaisuudistus 2015

**Paikka:** Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, J- talo salit, Mannerheimintie 166A, 00271 Helsinki

**Järjestäjät:** Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen yhdistys, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto, terveys-  
tieteiden yksikkö, Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto, Terveystieteidenhuollon lääkärit ja Kansanter-  
veyden tohtoriohjelma

#### Torstai 12.11.2015

10:00	Avaus – Tea Lallukka, puheenjohtaja, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen yhdistys
10:15–11:30	<b>Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus 2015</b> Puheenjohtaja: Ilmo Keskimäki, Professori, THL ja Tampereen yliopisto  <b>1. Erä – Rakenne ja rahoitus</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Tuomas Pöysti, Alivaltiosihteeri, Sosiaali- ja terveysministeriö</li><li>– Timo T Seppälä, Tutkimuspäällikkö, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos</li><li>– Eveliina Huurre, Johtava asiantuntija, Sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitus, Sitra</li></ul>
11:30–11:45	Väliaika – Kahvi
11:45–13:00	<b>2. Erä – Kunnat ja alueet</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Sami Moisio, Professori, Kaupunkimaantieteen ja aluetutkimuksen osasto, Helsingin yliopisto</li><li>– Laura Rätty, Apulaiskaupunginjohtaja, Helsingin kaupunki</li><li>– Juha Teperi, Johtaja, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto</li></ul>
13:00–13:45	Lounas (omakustanteinen)
13:45–14:15	Terveystieteidenhuollon palkinnon jako, - Sami Heistaro, puheenjohtaja Terveystieteidenhuollon lääkärit
14:15–14:30	Kahvi
14:30–16:00	Rinnakkaisessiot <ul style="list-style-type: none"><li>- Potilaat, asiakkaat, vaikuttavuuden arviointi, pj Tutkimuspäällikkö Sinikka Sihvo, Sali 1</li><li>- Terveystieteidenhuollon työntekijät, palveluiden järjestäminen pj Professori Pekka Rissanen, Sali 2</li><li>- Tilastot, rekisterit ja rekisteritutkimus, pj Professori Ilmo Keskimäki, Sali 3</li><li>- Käyttätymislääketieteen jaos, pj Professori Sakari Suominen, Kabinetti 2, pohjakerros</li></ul>
16:00	Virvoketarjoilu

Seminaarin jälkeen Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen yhdistyksen vuosikokous

## Etiikka, yhteiskunta, muutos ja toiminta

Paikka: THL, J-talo salit, Mannerheimintie 166 A, 00271 Helsinki

Kohderyhmä: Alan väitöskirjatutkijat, muut asiasta kiinnostuneet

### Perjantai 13.11.20015

Klo	Aihe	Esiintyjä
9:00	Avaus	Minna Kaila, Professori, HY, kansanterveystieteen osasto
9:15	<b>Terveystutkimus ja etiikka</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Etiikka – terveydenhuolto – tutkimus</li><li>– Mihin eettinen toimikunta kiinnittää huomiota?</li></ul>	Ritva Halila, Pääsihteeri, ETENE Tapani Keränen, Ylilääkäri, THL
10.30	Tauko	
10.45	<b>Terveystutkimus ja yhteiskunta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Miksi terveydenhuoltoa pitää tutkia?</li><li>– Poliittinen tutkimus ja terveydenhuolto – terveydenhuoltotutkimus ja politiikka</li></ul>	Risto Mäkinen, Terveystieteiden johtajalääkäri, Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto  Liina-Kaisa Tynkkynen, Tutkijatohtori, IASR, TaY
11.30	Lounas (omakustanteinen)	
12.30	<b>Rakenne</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Health systems frameworks for health systems analyses: the European Observatory's approach</li></ul>	Wilm Quentin, Research Fellow Department of Health Care Management Berlin University of Technology
13.30	Tauko	
13.45	<b>Muutoksen ja toiminnan tutkimus</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Reformien ex-ante ja ex-post evaluaatio</li><li>– Toiminnan arviointi ja Health Systems Performance Assessment (HSPA)</li></ul>	Pia Maria Jonsson, Johtava asiantuntija, THL Ilmo Keskimäki, Professori, THL ja TaY
15.00	– Implementaatiotutkimuksen käsitteet ja viitekehys	Raija Sipilä, Toimituspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
15.30	– Avoin tiede ja avoimet aineistot	Sari Räisänen, Päätoimittaja Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti
16.00	Päätös	





## Sisällys

Esipuhe.....	3
Ohjelma Terveystutkimuksen päivät: Sosiaali ja terveydenhuollon kokonaisuudistus 2015 .....	4
Potilaat, asiakkaat, vaikuttavuuden arviointi yms .....	9
Hyvää elämänlaatua selittävät tekijät eturauhassyövän radikaalihoidon jälkeen.....	9
Vastuu-sensitiivisen egalitarismin haasteet terveydenhuollon oikeudenmukaisuudelle.....	10
Oppiminen elintapojen muutosprosessissa – kuinka tätä jäsenneltiin laihdutusprosessin eri vaiheissa ..	11
Masennuksen varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus (väitöskirjatutkimus).....	12
Perusterveydenhuollon asiakkaiden näkemyksiä valinnanvapaudesta .....	13
Terveydenhuollon työntekijät, palveluiden järjestäminen.....	14
Hoidon integraatio Pohjoismaiden palvelujärjestelmissä .....	14
Vaikuttavaa sosiaali- ja terveysjohtamista reaaliaikaisella tutkimustiedolla .....	15
Lääkäreiden itseilmoitettu ajankäyttö ja työolot perusterveydenhuollossa, fokuksessa lausunnot –	
Kyselytutkimus terveysasemilla, työterveyshuollossa ja opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa .....	16
ICF:n käytäntöön vienti yliopistosairaalan kuntoutustyössä ja apuvälinepalveluissa.....	17
Automatiikka, robotiikka ja nanoteknologia hoitotyössä – hoitajien työn sisällön, rakenteen ja tulosten	
uudelleenarviointi. Hankesuunnitelman esittely. ....	18
Tilastot, rekisterit ja rekisteritutkimus.....	19
Miten diabeteksen sekundaaripreventio perusterveydenhuollossa on onnistunut? Alue-erot	
sairaalahoitojaksoissa komplikaatioiden vuoksi vuosina 1996–2013 .....	19
Alueellinen terveydenhuolto ja sepelvaltimoiden pallolaajennuksen (PCI) diffuusio Suomessa 1995–	
2010 .....	20
Kanta-palvelujen käyttöönotto vuosina 2010–2015.....	21
Sosioekonomiset erot sairaalahoitojaksoissa avohoidolle reagoivissa tiloissa vuosina 1996–2010	
Suomessa .....	22
Arkaluonteista tietoa sisältävien aineistojen arkistointi ja jatkokäyttö .....	23
Käyttätymislääketieteen jaoksen sessio.....	24
Ennustavatko masennusoireet, tunnesyöminen ja liikunta pystyvyyden tunne painonmuutoksia?	
Tuloksia 7-vuoden seurantatutkimuksesta .....	24
Nuoren minäkuva ja itsetunnon kehityskulut nuoruudesta aikuisuuteen .....	25
Sosiaalinen pääoma ja terveys: malli sairausspesifistä sosiaalisesta pääomasta.....	27
Onko käyttäytymismuutostekniikojen käyttö ja intervention-ohjaajan empaattisuus yhteydessä	
elintapamuutokseen?.....	28
Building stress-resilience among adolescents: First results from a cluster-randomized controlled trial of	
a school-based mindfulness intervention .....	30
Health care climate and engagement in physical activity among patients with type 2 diabetes .....	31
Tilaa muistiinpanoille.....	32





# Potilaat, asiakkaat, vaikuttavuuden arviointi yms

## Hyvää elämänlaatua selittävät tekijät eturauhassyövän radikaalihoidon jälkeen

TtK Anna-Maija Talvitie<sup>1</sup>, dos. Hanna Ojala<sup>2</sup>, prof. LKT Teuvo Tammela<sup>3</sup>, dos. Ilkka Pietilä<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

<sup>2</sup> Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

<sup>3</sup> Lääketieteen yksikkö, Tampereen yliopisto; Kirurgian vastuualue, TAYS

Eturauhassyövän radikaalihoidoista aiheutuu usein potilaille merkittäviä sivuvaikutuksia, joista yleisimmät liittyvät heikentyneeseen virtsanpidätys- ja erektiokykyyn. Tämän vuoksi tutkimuksessa huomio on kiinnittynyt hoitomuotojen aiheuttamiin elämänlaadun muutoksiin. Tässä tutkimuksessa elämänlaatua tarkastellaan koetun terveyden ja elämäntyytyväisyyden käsitteiden avulla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, missä määrin hoidon jälkeiset sivuvaikutukset ja niistä arkielämässä koettu haitta vaikuttavat elämänlaatuun. Tutkimuskysymykset olivat: Mitkä tekijät selittävät 1. koettua terveyttä, 2. elämäntyytyväisyyttä eturauhassyövän radikaalihoidon jälkeen?

Kyselyaineisto (N=183) kerättiin vuosina 2012–2015 Tampereen yliopistollisen sairaalan urologian poliklinikalla yksivuotiskontrollissa käyneiltä miehiltä, joille oli tehty robottivasteinen eturauhasen poistoleikkaus. Tutkittavien keski-ikä oli 66 vuotta. Elämänlaatumittarina käytettiin sivuvaikutuksia ja niistä koettua haittaa kartoittavaa UCLA Prostate Cancer Indexiä, johon yhdistettiin koettua terveyttä ja elämäntyytyväisyyttä kartoittavia kysymyksiä. Muuttujien välisiä yhteyksiä selvitettiin ristiintaulukoinnilla, ryhmäkeskiarvoilla ja korrelaatioilla. Tilastollista merkitsevyyttä testattiin  $\chi^2$ -testillä, t-testillä, Mann-Whitney U-testillä ja Kruskal-Wallis testillä.

Alustavien tulosten perusteella vanhemmat miehet kokivat itsensä terveemmiksi ja olivat tyytyväisempiä elämäänsä kuin nuoremmat miehet, vaikka vanhemmilla miehillä oli enemmän seksuaalisuuteen vaikuttavia sivuvaikutuksia. Muutoin ikä ei selittänyt sivuvaikutusten esiintyvyyttä tai niistä koettua haittaa. Kaikilla vastaajilla ilmeni jonkinasteisia seksuaalisuuteen vaikuttavia sivuvaikutuksia, ja oireet olivat keskimäärin hankalia. Virtsaamiseen liittyviä sivuvaikutuksia ilmeni merkittävästi vähemmän, eikä oireita koettu samassa määrin elämää haittaaviksi. Virtsaamiseen liittyvät sivuvaikutukset ja niistä koettu haitta heikensivät kuitenkin kokemusta omasta terveydestä.

Elämäntyytyväisyyteen vaikuttivat koettu terveydentila sekä koetussa terveydessä ja elämänlaadussa hoitojen myötä tapahtuneet muutokset. Elämäntyytyväisyyttä heikensivät seksuaalisuuteen ja virtsaamiseen liittyvien sivuvaikutusten esiintyminen sekä kokemus oireiden haittaavuudesta. Riittäväksi katsottu potilasohjaus ja tiedonsaanti sekä tyytyväisyys annettuun hoitoon lisäsivät elämäntyytyväisyyttä, mutta näiden ei havaittu olevan yhteydessä ikään.

Vanhempien miesten elämänlaatu oli molempien mittarien (koettu terveys ja elämäntyytyväisyys) perusteella parempi kuin nuoremmilla miehillä. Sivuvaikutusten esiintyvyys sekä niiden haittaavuus ennustivat kautta linjan koettua elämänlaatua. Tuloksemme antavat kuitenkin viitteitä siitä, että elämänlaatua voitaisiin parantaa tehostetulla potilasohjauksella tai kuntoutuksella.

## Vastuu-sensitiivisen egalitarismin haasteet terveydenhuollon oikeudenmukaisuudelle

Johanna Ahola-Launonen, LuK, VTM, tohtorikoulutettava, Helsingin yliopisto/Aalto-yliopisto

**Tutkimustehtävä:** Tässä esitelmässä tarkastelen suomalaisen terveystieteellisen keskustelun muutosta yksilöä vastuullistavaan suuntaan ja sen yhteiskuntafilosofista taustaa. Suomalainen julkinen ja poliittinen keskustelu vaikuttaa ottaneen paljolti vaikutteita trendistä, jossa yksilöä kasvavasti pidetään vastuussa etenkin hänen ”itse aiheutetuista” sairauksistaan ja niiden kustannuksista – esimerkiksi, millä tavalla mediassa ja poliittisessa keskustelussa käsitellään diabetekseen, verenpaineeseen, ja muihin elintapoihin yhdistettävien sairauksien vastuukysymyksiä.

Tämän poliittisen trendin yhteiskuntafilosofinen tausta voidaan katsoa olevan niin sanotussa vastuu-sensitiivisessä egalitarismissa. Teorian lähtökohdassa terveydenhuolto ja sosiaaliturva nähdään oikeuksina, mutta perusperiaatteena on, että yksilön valinnoista johtuvat eriarvoisuudet ovat oikeudenmukaisia, mutta sattumasta ja ympäristöstä johtuvat seikat eivät ole oikeudenmukaisia. Keskeisenä käsitteenä on siis kontrolli omasta elämästä ja siinä tapahtuvista asioista: kontrolli tarkoittaa vastuuta seurauksista. Teoriassa keskeinen väittelynaihe on tämän sattuman ja valinnan erottelu, ja teoreetikot ovatkin laajentaneet merkittävästi valinnan käsitettä ottamaan huomioon sosiaalisia ja yhteiskunnallisia rakenteita. Käytännön soveluksissa sattuman ja valinnan raja kuitenkin jää mustavalkoiseksi.

Vastuu-sensitiivinen egalitarismi on alun perin teoria, jota pidettiin ajatuskokeen kaltaisena ajattelun apukeinona. Nykyisessä soveltavassa filosofiassa ja terveysetiikassa sitä kuitenkin käytetään käytännön sovelutusten eksplisiittisenä lähtökohtana.

**Aineisto ja menetelmät:** Vastuusensitiivisen egalitarismin argumenttianalyysi, käsiteanalyysi terveydenhuollon etiikassa, ja toisaalta julkisessa keskustelussa, esiintyvistä yksilönvastuukäsityksistä.

**Keskeiset tulokset:** Myös suomalaisessa terveydenhuoltoon liittyvässä keskustelussa on viitteitä halusta saattaa yksilö kantamaan seuraukset ”itse aiheuttamistaan” sairauksista. Näiden kannanottojen teoreettinen tausta on paikannettavissa vastuu-sensitiivisen egalitarismin traditiosta. Jotta näitä sovelluksia osattaisiin arvioida kriittisesti, on tiedostettava alkuperäisen teorian ongelmakohdat ja rajoitukset. Käsitteiden esitelmässäni näitä aiheita: esimerkiksi sattuman ja valinnan erottelun ja tämän rajapinnan soveltamisen vaikeutta, ”riski”tekijöiden satunnaista valikoitumista, ja miten sovellutukset asettavat eri väestöryhmille eri käyttämisen vaatimuksen standardeja.

**Johtopäätökset:** Sovellutukset, joissa yksilö asetetaan seurausvastuuseen sairauksista, joilla on yhteys hänen elämäntapaansa, ovat erittäin ongelmallisia hyvinvointivaltion taustalla olevan tasa-arvon kannalta.

## **Oppiminen elintapojen muutosprosessissa – kuinka tätä jäsenneltiin laihdutusprosessin eri vaiheissa**

Tutkija ETM Heljä Tuomarla, Helsingin yliopiston Kansanterveystieteen laitos

Tämän meneillään olevan tutkimuksen tavoitteena on tutkia, miten erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmissä, ryhmäohjelmaa edeltäneissä lääkärintarkastuksissa ja laihduttamista koskevissa teemahaastatteluisa muodostettiin ja ilmaistiin ravitsemukseen ja syömiskäyttäytymiseen liittyviä käsityksiä ja käytäntöjä. Laadullisen tutkimuksen päähuomio kiinnittyy tutkittavien elintavoissaan raportoimiin muutoksiin, ravitsemustiedon omaksumiseen, ENED-jaksolla selviytymiseen sekä edellisten herättämiin tunteisiin. Lisäksi pohditaan, toteutuvatko Jonassenin konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen pohjautuvat tarkoituksenmukaisen oppimisen kriteerit ja Engeströmin (1994) oppimisprosessiajattelun eri vaiheet painonhallintaryhmissä.

Tutkimusaineistona on erikoissairaanhoidon 44 vaikeasti lihav (BMI>35 kg/m<sup>2</sup>) henkilön seurantatutkimus. Tutkimushenkilöt osallistuivat painonhallintaryhmiin, joiden ohjelmassa oli 17 ryhmäkäyntiä ja alussa erittäin niukkaenergiaisen dieetin jakso. Ryhmäkäynneillä käsiteltiin ruoka- ja liikuntamuutoksia, syömis- ja ajatusten ja käyttäytymisen hallintaa sekä nälän ja kylläisyyden tunteiden tunnistamista. Painonhallinnan kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käytettiin mallina konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen perustuvaa Brownellin LEARN-ohjelmaa. Kolmen ryhmän ryhmäkäynnit, potilaiden henkilökohtaiset, laihduttamista edeltävät lääkärintarkastukset ja yksi- ja kaksivuotis seurantakäynnit sekä ensimmäistä seuranta-käyntiä seuraavat henkilökohtaiset teemahaastattelut ovat äänitetyt ja litteroidut.

Tutkimustulosten analyysissä sovelletaan konstruktivistista oppimiskäsitystä. Tämän mukaan oppijan kognitiivinen toiminta pohjautuu hänen aiempiin oppimiskokemuksiinsa. Oppija tulkitsee havaintojaan ja uutta tietoa aikaisempaan tietämykseensä ja kokemuksiinsa nojautuen. Oppimisen sosiaalisia, vuorovaikutuksellisia ja yhteistoiminnallisia prosesseja kartoitetaan sosiokonstruktivististen näkökulmien pohjalta. Kognitiivisen konstruktivistisen oppimiskäsityksen pohjalta tutkitaan tiedollisten käsitysten muodostumista ja ilmaisua eri konteksteissa ja laihdutusprosessin eri vaiheissa.

Ryhmäohjelman päättymisen jälkeen elintapojen muutosprosessi jatkui asteittaisella liikunnan lisäämisellä, ruokapäiväkirjan pitämisellä, kotipunnituksilla ja työpaikkaruokailuun liittyvillä terveyttä edistävillä muutoksilla. Muutosten ylläpitoa vaikeuttivat ruokamieliteot, tunnesyömiseen liittyvät tunteet sekä työajan ruokailuun liittyvät tekijät ja kiire. Ryhmäläiset kokivat, että heillä oli riittävästi tietoa ravitsemuksesta, mutta tiedon soveltaminen arkielämään oli haasteellista.

Laihdutusprosessissaan ei-onnistuneilla henkilöillä arkielämästä nousivat esille kiireeseen liittyvät terveydelle epäedulliset syömistottumukset. Lisäksi he ottivat esille henkisen tuen puuttumisen, mihin he toivoivat apua terveydenhoidolta. Jo lääkärin vastaanotolla suurin osa laihduttajista ymmärsi, ettei muutos tapahdu hetkessä. Monet onnistujat asettivat itselleen välitavoitteita ajalle, jolle ryhmäohjelma ei yltänyt. Ryhmäläisten terveydentilan ja elämäntilanteen huomioivista henkilökohtaisista suunnitelmista voisi olla apua monille laihduttajille. Tällaisten suunnitelmien avulla erikoissairaanhoidon painonhallintaryhmien toiminta saataisiin paremmin nivottua terveydenhoidon ja muiden sektoreiden järjestämään terveyttä edistävään toimintaan.

## Masennuksen varhaiskuntoutuksen vaikuttavuus (väitöskirjatutkimus)

Raiskila Tero LL Tampereen yliopisto Terveystieteiden yksikkö

Masennus heikentää siihen sairastuneiden henkilöiden työ- ja toimintakykyä ja aiheuttaa inhimillistä kärsimystä. Siitä aiheutuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on noussut Suomessa viime vuosikymmeninä. Pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi on kehitetty psykososiaalisia ja psykiatrisesti suuntautuneita ammatillisia kuntoutusohjelmia. Tässä tutkimusprojektissa oli mahdollista selvittää kuntoutusintervention vaikutuksia työterveyshuoltojen asiakkailla, jotka olivat sairastuneet masennukseen ensimmäistä kertaa elämässään.

Tutkimukseen osallistujat (18 – 64 – vuotiaita) koottiin pohjoissuomalaisista työterveyshuoltoyksiköistä vuosina 2004 – 2009. Sisäänottokriteerinä oli ensimmäinen elämänaikainen masennus, joka määriteltiin DSM IV mukaisesti. Beckin depressiokyselyn (BDI) suomalaista versiota käytettiin masennuksen seulontamenetelmänä ja diagnoosit varmistettiin käyttämällä DSM IV mukaista strukturoitua kliinistä haastattelumenetelmää (SCID I – II).

Tutkimukseen otettiin mukaan yhteensä 355 henkilöä. Heistä 272 täyttivät sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Osallistujista 83 % oli naisia. Miesten keski-ikä oli 44.0 ja naisten 45.2 vuotta. Osallistujat jaettiin lähtötilanteessa satunnaisesti kuntoutus- ja verrokkiryhmiin. Kuntoutusryhmä osallistui vuoden seuranta-aikana moniammatillisesti ohjattuun masennuksen kuntoutusohjelmaan. Verrokkiryhmälle tarjottiin tavanomainen masennuksen hoito. Projektissa raportoidaan tuloksia sekä lähtötilanteesta että vuoden seurannan jälkeen.

Päälöydöksenä lähtötilanteesta oli se, että kolmanneksella osallistujista todettiin vaativa persoonallisuus, obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuushäiriö, joka ilmeni 50 %:lla miehistä ja 28 %:lla naisista. BDI-pisteet laskivat kummassakin ryhmässä. Kuntoutusryhmässä pisteet alenivat 20.8:sta 11.6:en ja verrokkiryhmässä 19.3:sta 10.8:an. Tutkimuksessa saatiin jonkin verran näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta arvioituna sillä perusteella, että BDI-pisteet laskivat yli 10 pisteellä 64 %:lla kuntoutukseen osallistuneista ja 53 %:lla verrokkiryhmäläisistä ( $P=0.013$ ).

Kuntoutuksella ei ollut vaikutusta aleksitymiaan mitattuna Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) kyselylomakkeella. Aleksitymian esiintyvyys vähentyi sekä kuntoutusryhmässä (20.1 %:sta 18.9 %:in) että verrokkiryhmässä (16 %:sta 7.1 %:in). Verrokkiryhmässä aleksitymian esiintyvyys oli seuranta-ajan jälkeen merkittävästi alhaisempi verrokkiryhmässä kuin kuntoutusryhmässä ( $P=0.010$ ).

Tutkimuksessa oli nähtävissä jonkin verran näyttöä siitä, että sillä oli vaikutusta koherenssin tunteeseen (Sense of coherence, SOC). Sekä kuntoutus- että verrokkiryhmissä SOC – lukemat nousivat, mutta ero ei ollut merkittävä seuranta-ajan puitteissa. Kohentunut koherenssin tunne voitiin liittää kuntoutusryhmässä lievempiin masennuksiin ja suurempiin BDI – pisteiden laskuihin

Johtopäätöksinä voidaan sanoa, että työssäkäyvillä ensimmäisen kerran depression sairastuneilla henkilöillä on tärkeää arvioida depression liittyvä samanaikainen persoonallisuushäiriö ja että varhaisella eklektisellä, useasta kuntoutuksellisesta viitekehyksestä koostetulla masennuksen kuntoutusohjelmalla on jossain määrin näyttöä vaikuttavuudesta verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

## Perusterveydenhuollon asiakkaiden näkemyksiä valinnanvapaudesta

Anna-Mari Aalto<sup>1</sup>, Miisa Chydenius<sup>2</sup>, Liina-Kaisa Tynkkynen<sup>1,2</sup>, Tuulikki Vehko<sup>1</sup>, Timo Sinervo<sup>1</sup>

1 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

2 Tampereen yliopisto

### Tausta

Valinnanvapautta terveydenhuollossa on pidetty tärkeänä palvelujen laadun kehittämisen sekä potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta, mutta myös arvona sinänsä. Vuonna 2010 voimaan astuneessa terveydenhuoltolaissa uutena asiana oli asiakkaan mahdollisuus valita terveysasemansa, aluksi kunnan sisällä ja vuodesta 2014 lähtien myös kuntien välillä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveyskeskusasiakkaiden valinnanvapauteen liittyviä asenteita.

### Menetelmät

Tutkimus perustuu terveyskeskusten asiakaskyselyyn, joka kerättiin 9 suuressa kaupungissa/ kuntayhtymässä. Tätä tarkastelua varten aineisto rajattiin yli 18 vuotta täyttäneisiin (n= 818). Kysely sisälsi taustakysymyksiä sekä valinnanvapauteen liittyviä kysymyksiä: onko vastaaja tietoinen valinnan vapaudesta, onko hän vaihtanut terveysasemaa, kuinka tärkeänä hän pitää mahdollisuutta valita, onko hänellä aidosti mahdollisuus valita, onko hänellä riittävästi tietoa valintojen pohjaksi.

### Tulokset

Selvä enemmistö oli tietoinen valinnan mahdollisuudesta (84 %) mutta vain pieni vähemmistö (8 %) oli vaihtanut terveysasemaa. Iäkkäämmät vastaaja (60+ v) olivat useammin tietoisia valinnanmahdollisuudesta (OR=4.00, (95% CI=3.3-4.7), mutta nuoremmat (<60 v) olivat useammin vaihtaneet terveysasemaa (OR=0.47, (95% CI=0.4-0.6). Vastaajat pitivät valinnan mahdollisuutta tärkeänä (asteikolla 1-5, k.a.=4.16, sd=0.96), mutta olivat tyytymättömiä valinnan kannalta tärkeään tiedonsaantiin (k.a.=2.96, sd=1.30). Iäkkäämmät (F=34.38, p<.001) ja vähemmän koulutetut (F=26.81, p<.001) pitivät valinnan mahdollisuutta tärkeämpänä ja katsoivat useammin että heillä oli aidosti mahdollisuus tehdä valintoja sekä riittävästi tietoa valintojen tekemiseen (p-arvot <0.001). Yli kuusi kertaa vuodessa terveyspalveluja käyttäneet pitivät valinnan mahdollisuutta tärkeämpänä kuin vähemmän palveluja käyttäneet (F=6.51, p=.002), mutta katsoivat harvemmin että heillä on aito mahdollisuus tehdä valintoja (F=8.19, p<0.001) tai riittävästi tietoa valintojen tekemiseksi (F=10.57, p<0.001). Myös pitkäaikaissairaat olivat tyytymättömämpiä valinnan kannalta tärkeän tiedonsaantiin kuin vastaajat, joilla ei ollut pitkäaikaista sairautta (F=9.36, p=0.002).

### Päätelmät

Vastaajat olivat tietoisia valinnan mahdollisuudesta ja arvostivat mahdollisuutta valita, mutta vain pieni vähemmistö oli vaihtanut terveysasemaa. Valinnan kannalta tärkeän tiedonsaantiin vastaajat olivat tyytymättömiä, erityisesti tyytymättömiä olivat pitkäaikaissairaat ja paljon palveluja käyttävät. Asiakkaiden, eteenkin haavoittuvien ryhmien, tiedontarpeisiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota hoitopaikkaa koskevien valintojen tukemiseksi.

# Terveysthuollon työntekijät, palveluiden järjestäminen

## Hoidon integraatio Pohjoismaiden palvelujärjestelmissä

Liina-Kaisa Tynkkynen, FT, Tampereen yliopisto & Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Palveluintegraatio on ollut yksi keskeinen iskusana sosiaali- ja terveysthuollon hallinto- ja rahoitusuudistusvalmistelussa 2010-luvulla. Myös muissa Euroopan maissa hoidon integraation edistäminen on ollut ja on edelleen keskeinen politiikkatoimien kohde. Halu hoidon integraation edistämiseen kumpuaa ennen kaikkea kahdesta lähteestä. Palveluiden tuotanto on useissa maissa muuttunut entistä hajanaisemmaksi ja erikoistuneeksi, jolloin järjestelmän kokonaishallinta kärsii. Toisaalta palveluiden käyttäjien muuttuvat tarpeet ja vaatimukset haastavat palveluiden järjestäjät ajattelemaan uudella tavalla. Krooniset sairaudet ja ikääntyneen väestön entistä suurempi osuus palveluiden käyttäjistä lisäävät tarvetta toimintapolitiikoille, jotka edistävät eri palveluntuottajien välistä yhteistyötä.

Tämä tutkimus käsittelee hoidon integraatiota edistäviä kansallisen tason toimintapolitiikkoja Norjassa, Ruotsissa, Suomessa ja Tanskassa. Aikaisemman tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että palveluintegraation edistäminen paikallisella tasolla vaatii myös kansallisen tason toimintapolitiikkaa (Mur-Veeman ym. 2008). Edelleen aikaisemman tutkimuksen perusteella voidaan väittää, että Pohjoismaat ovat valinneet erilaisia strategioita integraation edistämiseen ja myös painottavat eri asioita siitä puhuttaessa (Ahgren 2014).

Tutkimuskysymyksiä on kaksi: 1) Millaisia kansallisia toimintapolitiikkoja hoidon integraation edistämiseksi on hyödynnetty? 2) Minkälaista ja -asteista integraatiota nämä toimintapolitiikat näyttävät edistävän? Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastataan hyödyntämällä Wadmanin ja kollegoiden (2009) esittämää jaottelua kansallisen tason sääntelystä hoidon integraation edistämiseksi. Tutkimuksessa tarkastellaan muodollista kansallisen tason sääntelyä, tarkemmin lainsäädäntöä, ohjeistuksia ja sopimuksia. Integraation eri tyyppejä tarkastellaan aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella muodostetun teoreettisen viitekehysten avulla. Tutkimusaineisto koostuu kansallisen tason lainsäädännöstä ja muista politiikka-asiakirjoista.

Tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempaa käsitystä siitä, että Pohjoismaat ovat valinneet erilaisia strategioita palveluintegraation edistämiseen. Norjassa ja Tanskassa on hyödynnetty suhteellisen paljon kansallista sääntelyä viimeisen 20 vuoden aikana. Ruotsissa palvelujärjestelmän kehittämistä on toteutettu ennen kaikkea järjestelmän alue- ja paikallistasoilla. Toistaiseksi suomalainen kehitys sijoittuu näiden kahden ääripään väliin. SOTE-uudistus suunnitelmat edustavat kuitenkin kansainvälisesti ainutlaatuista yritystä säätää lailla sosiaali- ja terveysthuollon hallinnollisesta integraatiosta.



## Vaikuttavaa sosiaali- ja terveysjohtamista reaaliaikaisella tutkimustiedolla

Anne Konu<sup>1</sup> FT, Elina Viitanen<sup>1</sup> TtT, Lauri Kokkinen<sup>2</sup> TtT, Anu Järvensivu<sup>2</sup> FT, Jaakko Nevalainen<sup>1</sup> FT, Nina Talola<sup>3</sup> FM, Katariina Tiitinen<sup>4</sup> FM, Juho Hella<sup>4</sup> FM, Jaakko Hakulinen<sup>4</sup> FT, Markku Turunen<sup>4</sup> FT

1 Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

2 Työterveyslaitos

3 Turun yliopisto

4 Informaatiotieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Tekes-rahoitteisen konsortion (Tampereen yliopisto, Työterveyslaitos, Turun yliopisto) kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa täysin uudenlainen pelillinen ja houkutteleva tiedonkeruun väline, jonka avulla pelaajat - sosiaali- ja terveysjohtajat ja esimiehet - pystyvät arvioimaan omaa johtamistapaansa ja organisaationsa johtamistilaa. Samalla tutkijat keräävät aineistoa suoraan ja epäsuoraan sote-palveluiden johtamisen analysoimiseksi ja kehittämiseksi. Tarkoituksena on tuottaa aineistoa niin johtajan valinnoista ja vastauksista kuin hänen toiminnastaan pelissä. Tärkeänä tavoitteena on myös innostaa sote-johtajat osallistumaan alan tutkimukseen.

Kehittämisryhmä muodostui sosiaali- ja terveysjohtamisen sekä työelämän, vuorovaikutteisen teknologian ja biostatistiikan erityisosaajista. Peliä kehitettiin yhdessä viiden sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation kanssa. Pelin avulla kerätään johtamistietoa jäsennettynä R.E. Quinn'n Kilpailevien arvojen kehittämiseen. Toisin kuin perinteisessä poikittais- tai pitkittäistutkimuksessa vastaajakohtaiset tiedot ovat valintoja ja hajanaisia polkuja jättämässä aineistossa, mahdollistaen kuitenkin johtajien anonyymien vertailun ja seurannan. Syntyy primääritiedon (esim. tehdyt eksplisiittiset ratkaisut ja teot pelissä) lisäksi suuri määrä sekundaarista tietoa (esim. järjestelmän lokien kautta), mikä oikein analysoituna tukee primääritietoa ja tekee tästä paitsi luotettavampaa niin mahdollistaa myös uudenlaiset tutkimusotteet.

Sosiaali- ja terveysjohtajille ja esimiehille suunnatussa pelissä (JoPe) pelaaja tekee ratkaisuja johtamisen arjessa, päivittäisjohtamisessa, jopa strategisessa johtamisessa. Pelissä johtaja saa ratkaisuihinsa pisteitä henkilöstön työhyvinvoinnin, toiminnan tehokkuuden ja talouden näkökulmista. Johtaja vastaa myös kysymyksiin liittyen omaan hyvinvointiin sekä johtamisrooleihin ja tuloksena näistä saadaan hyvinvointi- ja johtamisprofiili. Lisäksi hän voi ”tuunata” oman ihannetyöpäivänsä. Johtoryhmät voivat analysoida toimintansa laatua omina ryhminään. Olennainen osa peliä on johtajan ja organisaatioiden saama on-line palaute. Johtaja voi verrata omia ratkaisujaan oman organisaation johtajien ratkaisuihin sekä kaikkien peliä pelaavien johtajien ratkaisuihin.

Johtamispelin kehittäminen on vielä kesken. Ensimmäisen version palautteen perusteella on kehitetty pidemmälle edistynyt ja pelillisempi toinen versio. Pelin avulla kerätään ensimmäinen aineisto lokamarraskuussa 2015 ja analyysit kehitetään ja työstetään siitä lähtien. Kokemuksia pelin vastaanotosta sote-johtajien ja esimiesten keskuudessa sekä pelillisestä aineistonkeruusta on kerrottavissa Terveystieteiden tutkimuksen päivien aikaan marraskuussa 2015.

## Lääkäreiden itseilmoitettu ajankäyttö ja työolot perusterveydenhuollossa, fokuksessa lausunnot – Kyselytutkimus terveysasemilla, työterveyshuollossa ja opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa

Tuulikki Vehko, FT, THL; Laura Pekkarinen, VTT, THL; Riikka Lämsä, VTT, THL; Lauri Virta, Johtava tutkijalääkäri, LKT Kela; Ilmo Keskimäki, Professori, THL, Tampereen yliopisto; Marko Elovainio, Professori, THL, Helsingin yliopisto

**Johdanto:** Kiinnostusta lääkäreiden ajankäyttöön ja työoloihin on lisännyt ajoittainen ja paikkakohtainenkin lääkäri työvoiman puute perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa selvitettiin, miten lääkäreiden ajankäyttö jakaantuu työpäivän aikana eri toimintoihin sekä miten he kokevat työnsä ja siinä erityisesti erilaisten lausuntojen laatimisen.

**Menetelmät:** Ajankäyttö- ja työtapakyselyt lähetettiin 226 lääkärille, jotka työskentelivät terveysasemilla, työterveyshuollossa tai opiskelu- ja kouluterveydenhuollossa. Vastanneiden osuus ajankäyttökyselyssä oli 60 % ja työtapakyselyssä 51 %. Suurin osa (67 %) vastaajista työskenteli terveysasemilla. Ajankäytön tutkimuspäivä toteutettiin marraskuun 2013 ja helmikuun 2014 välisenä aikana. Työtapakyselyn verrokkiaineistona työn voimavara- ja kuormitustekijöissä käytettiin Lääkärikyselyä (n=3782), jonka olivat toteuttaneet THL, TTL ja Suomen Lääkäriliitto 2010. Verrokkiryhmiksi valittiin terveysasemien ja kunnallisen työterveyshuollon lääkärit.

**Tulokset:** Tutkimuspäivänä lääkäreiden työpäivä kesti 7 tuntia 18 minuuttia, tästä 38 % oli potilasvastaanottoa; 16 % päivystystä tms.; ja 8 % puhelintyöskentelyä. Lääkärit tapasivat keskimäärin kahdeksan potilasta, puhelimesta hoidettiin neljän potilaan asioita, tietokoneella hoidettiin noin kahdentoista potilaan asioita, lisäksi lääkäri konsultoi noin kahden potilaan asioissa.

Eri perusterveydenhuollon työaloilla (terveysasema, työterveyshuolto, opiskelu- ja kouluterveydenhuolto) toimivat lääkärit arvioivat kirjoittavansa keskimäärin 40 yksinkertaista todistusta tai lausuntoa ja noin 10 melko monimutkaista tai laajaa lausuntoa kuukaudessa. Keskimäärin lääkärit arvioivat käyttävänsä yli 8 tuntia kuukaudessa todistusten tai lausuntojen laatimiseen. Yksittäisen lausunnon tai todistukseen laatimiseen kuluva aika vaihteli sen vaativuuden mukaan 5 minuutista tunteihin. Lääkäreiden arvion mukaan lausuntoja oli liikaa ja liian monelle taholle, näin erityisesti terveysasemilla. Työterveyshuollon lääkärit kokivat tuntevansa Kelan korvaamat kuntoutusvaihtoehdot useammin kuin terveysasemilla työskentelevät lääkärit. Lääkärit tunnistivat lausunnot ja todistukset potilaalle tarpeellisiksi.

Lääkärit kokivat hankalien tietojärjestelmien kuormittavan melko usein ja niistä kuormituttiin useammin kuin kunnallisessa työterveyshuollossa yleensä. Lääkärit raportoivat kiirettä melko usein ja kokivat vaikutusmahdollisuutensa työhön olevan verrattain hyvät, sekä organisaation päätöksenteon olevan verrattain oikeudenmukaista. Näissä työn kuormitus- ja voimavaratekijöissä ei ollut eroja toimialojen välillä, mutta terveysasemien lääkäreillä potilaskuormitus havaittiin suuremmaksi kuin työterveyshuollossa tai terveysasemien lääkäreillä yleensä.

**Johtopäätökset:** Lääkärit pitivät lausuntoja tärkeinä potilaan kannalta, mutta niitä koettiin olevan liian monelle taholle ja niiden koettiin vievän liikaa työaikaa. Terveysasemilla raportoitiin olevan osaamisvajetta Kelan korvaaman kuntoutuksen suhteen, toisin kuin työterveyshuollossa, jossa kuntoutuskentän osaamisessa voi keskittyä työikäisiin ja jossa lääkärit ilmoittivat useammin tuntevansa hyvin kuntoutusvaihtoehdot.

## ICF:n käytäntöön vienti yliopistosairaalan kuntoutustyössä ja apuvälinepalveluissa

Ulla Jämsä, TtT, Kuntoutussuunnittelija, OYS Lääkinnällinen kuntoutus  
Arja Veijola, TtT, Yliopettaja, OAMK Sosiaali- ja terveystalan yksikkö  
Mauri Kallinen, LT, Dosentti, Ylilääkäri, OYS Lääkinnällinen kuntoutus

**Kehittämistyön tarkoitus:** Sote-palvelujärjestelmän uudistuminen nostaa esille myös valtakunnallisesti yhdenmukaiset toimintakäytännöt. Näillä pyritään palvelujen yhdenmukaisuuteen, vertailtavuuteen sekä näyttöön perustuvaan käytäntöön. WHO:n vuonna 2001 julkaisema kansainvälinen ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) tarjoaa eri ammattiryhmille yhdenmukaisen viitekehyksen ja kielen toimintakyvyn kuvaamiseen ja tarjoaa erilaisia työvälineitä. ICF-luokituksen avulla kehitetään kuntoutuksen toimintatapoja asiakasta osallistavammiksi. ICF on kuitenkin osoittautunut haasteelliseksi käyttöön oton näkökulmasta.

PPSHP:ssä (OYS) kehitetään moniammatillisena yhteistyönä mallia ICF-luokituksen käytäntöön vientiin yhdessä Oulun ammattikorkeakoulun kanssa.

**Aineisto:** Kehittämisen prosessiin osallistuvat Kuntoutuksen vastuualue (noin 200 työntekijää) ja PPSHP:n Alueellinen apuvälinekeskus (noin 20 työntekijää). Henkilöstöön kuuluu esimerkiksi lääkäreitä, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja sairaanhoitajia.

**Menetelmä:** Kehittämistyö toteutetaan tutkimus- ja kehittämistyötä integroivana toimintatutkimuksena. Oppimista lähestytään dialogisen oppimisen näkökulmasta.

Lähtötilanteessa selvitettiin henkilöstön ICF-tietämystä ja -luokituksen käyttöä tarkoitusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella ICF-koulutuksen ja interventioiden suunnittelua varten. ICF:n käytäntöön viennin interventiot jatkossa ovat: 1) koko henkilöstölle järjestetyt ICF-infotilaisuudet 2) OAMK:n toteuttama WHO:n mallin mukainen kaksipäiväinen ICF-koulutus 3) kaikissa työyksiköissä toteutettavat työpajat. Kaikki interventiot pohjautuvat näyttöön perustuvaan tietoon, joka toimii yhteisen keskustelun ja kehittämisen lähtökohtana. Työpajojen ohjaajina toimivat prosessin alussa OYS:n vastuuhenkilöt ja OAMK:n opettajat. Keskeisenä tavoitteena on saada työyksiköiden omia yhdyshenkilöitä mukaan työpajojen suunnitteluun ja toiminnan kehittämiseen. Prosessin aikana kerätään työntekijöiltä aineistoa prosessin etenemistä edistävästä ja estävästä tekijöistä työtapojen suunnittelua varten. Prosessin lopussa tehdään loppumittaus.

**Keskeiset tulokset:** Lähtötilanteessa tehdyn kyselyn mukaan henkilöstön ICF-osaaminen oli oletettua vähäisempää. Henkilöstö oli kuitenkin motivoitunut ICF-luokituksen haltuunottoon ja käyttöön. Työntekijät kokivat haltuunoton vaativan johdon sitoutumista, teoreettista moniammatillista yhdessä oppimista sekä työpajatyöskentelyä.

Työntekijät ovat lähteneet aktiivisesti kehittämään työyhteisön toimintatapoja. Kehittämisen prosessi on alussa, ja sille on haettu jatkoon hankerahoitusta ensi vuodelle henkilöresurssia varten. Prosessin eteenpäin vieminen edellyttää ”valmentajan”, joka on työyksiköiden apuna työpajojen suunnittelussa ja toteutuksessa sekä työvälineiden kehittämisessä.

## **Automatiikka, robotiikka ja nanoteknologia hoitotyössä – hoitajien työn sisällön, rakenteen ja tulosten uudelleenarviointi. Hankesuunnitelman esittely.**

Mari Kangasniemi, dosentti, terveystieteiden tohtori, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto. terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos

Johannes Koponen, DI, jatko-opiskelija, Helsingin yliopisto, Head of Foresight, Demos Helsinki.

Hoitajien tekemä työ on kuvattu yhdeksi tyypillisistä aloista, joihin ei meneillään oleva työelämän automatisoituminen ja robotisoituminen juurikaan vaikuta. Perusteena hoitajien työn muuttumattomuudelle on pidetty sitä, että hoitajien tekemässä työssä korostuu asiakkaan ja potilaan kanssa tehtävä vuorovaikutus ja inhimillinen kohtaaminen, jota ei voida korvata teknologialla.

Kuitenkin hoitajien määrän väheneminen, terveydenhuoltoon käytettävien resurssien supistaminen sekä hoidon tarpeen kasvu etenkin väestön ikääntyessä, edellyttävät myös hoitajien työn uudelleen tarkastelua. Viimeisten vuosien aikana aikaisempi tutkimus ARN:n hyödyntämisestä hoitotyössä on vilkastunut. Tutkimus on kohdistunut hoitajien, asiakkaiden ja potilaiden asenteisiin ja käsityksiin teknologian käytöstä hoitotyössä sekä yksittäisten laitteiden ja sovellusten testaamiseen ja käytettävyyteen.

Tämä tutkimushanke kohdistuu automatiikan, robotiikan ja nanoteknologian (ARN) käyttöön ja vaikutuksiin hoitajien tekemän työn sisällöissä, rakenteissa ja tuloksissa. Tutkimushankkeen tarkoituksena on kuvata ja arvioida ARN käytön prosessia, tehokkuutta, tuloksellisuutta ja vaikutuksia hoitajien työssä, potilaiden hoitotuloksissa ja hoito-organisaatioiden toiminnassa. Lisäksi tarkoituksena on tunnistaa ja kehittää hoitotyölähtöisiä sovelluksia, joilla voidaan vastata sekä hoidon tarpeen kasvuun että hoitajien määrän vähentymiseen.

Tutkimushanke on käynnistymässä ja rahoituksen hakuvaiheessa. Hankkeessa on mukana tutkimusyksilöitä, hoito-organisaatioita ja yritys- ja teknologia-alan edustajia yhteensä kuudesta maasta (Belgia, Englanti, Italia, Japani, Ruotsi, Suomi). Tutkimus kohdistuu hoitajien tekemään työhön erikoissairaanhoidossa, hoitointensiivisillä erikoisaloilla. Tutkimustieto kerätään laadullisin ja määrällisin menetelmin sekä hyödyntämällä kirjallisuuskatsauksia, dokumenttianalyysiiä ja rekisteriaineistoja.

Aihealueen tutkimuksen kansainvälisestä vilkastumisesta huolimatta ongelmana on, että tuotettu tieto on hajanaista, yksittäisiin toimintoihin kohdistuvaa ja toteutettu suppeilla aineistoilla. Myös tieto ARN:n käytön todellisista käyttötarkoituksien arvioinneista, hyödyistä ja seurauksista on toistaiseksi jäänyt vähälle huomiolle. Tämä tutkimushanke tuottaa tietoa, jonka avulla automatiikan, robotiikan ja nanoteknologian käytön hoidollisia, taloudellisia eettisiä vaikutuksia voidaan arvioida.

# Tilastot, rekisterit ja rekisteritutkimus

## Miten diabeteksen sekundaaripreventio perusterveydenhuollossa on onnistunut? Alue-erot sairaalahoitojaksoissa komplikaatioiden vuoksi vuosina 1996–2013

Manderbacka Kristiina<sup>1</sup> (VTT, dos), Arffman Martti<sup>1</sup> (VTM), Lumme Sonja<sup>1</sup> (VTM),  
Lehikoinen Markku<sup>2,3</sup> (LL), Keskimäki Ilmo<sup>1,4</sup> (LT, professori)

1 THL, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusyksikkö,

2 Helsingin yliopisto, akateeminen terveyskeskus,

3 Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus,

4 Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

### Tarkoitus ja tutkimustehtävä

Diabeteksen ilmaantuvuus kasvaa kaikkialla maailmassa ja komplikaatioiden aiheuttama tautitaakka kuormittaa sekä kansanterveyttä että terveydenhuoltojärjestelmää. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme, miten diabeteksen komplikaatioiden preventiossa perusterveydenhuollossa on onnistuttu vuosina 1996 – 2011. Koska perusterveydenhuollosta ei ole saatavilla yhtenäistä rekisteriaineistoa, tarkastelemme hoidon onnistumista epäsuorasti arvioimalla trendejä diabeteksen komplikaatioista johtuvien sairaalahoitojaksojen esiintyvyydessä ja alueellisessa vaihtelussa.

### Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona käytämme Diabetes Suomessa –aineistoa. Siihen koottiin tiedot kaikista vuosina 1964 – 2011 diabetesta sairastaneista useista rekisterilähteistä. Heitä seurattiin vuoden 1996 alusta hoitoilmoitus- ja munuaistautirekistereistä vuoden 2011 loppuun. Tarkastelemme diabeteksen lyhyt- ja pitkäaikaisista komplikaatioista, komplisoitumattomasta diabeteksestä, sydäninfarktista, aivoinfarktista ja loppuvaiheen munuaissairaudesta johtuvia sairaalahoitojaksoja sekä alaraaja-amputaatioita. Esitämme hoitojaksoille ikävakioituneet esiintyvyydet 10 000 henkilövuotta kohden käyttäen vakioväestönä vuonna 2011 diabetesta sairastanutta väestöä. Alue-eroja ja niiden kehitystä tarkastelemme monitasomallien avulla.

### Tulokset

Diabetesta sairastavien määrä kaksinkertaistui tarkastelujaksolla. Samanaikaisesti hoitojaksot melkein kaikissa tarkastelluissa komplikaatioissa vähenivät selvästi. Eniten sairaalahoitojaksoja oli vuonna 1996 komplisoitumattoman diabeteksen (miehillä 572/10000 hv ja naisilla 579/10000 hv), diabeteksen pitkäaikaisten komplikaatioiden (486 ja 419) sekä aivohalvauksen (305 ja 191) takia. Hoitojaksot näiden syiden takia vähenivät eniten tarkastelujaksolla. Hoitojaksot diabeteksen pitkäaikaisten komplikaatioiden ja komplisoitumattoman diabeteksen takia vähenivät noin 80 % sekä miehillä että naisilla ja hoitojaksot aivo- ja sydäninfarktin takia puolittuivat. Diabeteksen lyhytaikaisten komplikaatioiden hoitojaksot vähenivät noin kolmanneksella, mutta hoitojaksot munuaistaudin takia säilyivät samalla tasolla. Samaan aikaan alueelliset erot lähes kaikissa komplikaatioissa näyttävät supistuneen. Jatkoanalyysissä tarkastellaan sairaanhoitopii-rien ja terveyskeskusten välisten erojen kehitystä monitasomallien avulla.

### Johtopäätökset

Näiden sairaalahoitojaksojen kehityksen perusteella diabeteksen sekundaaripreventiossa voidaan arvioida tapahtuneen kehitystä ja hoitotulosten yhtenäistyneen eri puolilla maata. Tuloksia tarkastellessa on tarpeen muistaa, että diabetesta sairastavien määrä kasvoi tarkastelujaksolla paitsi diabeteksen yleistymisen myös sen varhaisen toteamisen tehostumisen takia eikä näiden vaikutuksia tuloksiin voida käytetyllä aineistolla eritellä.

## Alueellinen terveydenhuolto ja sepelvaltimoiden pallolaajennuksen (PCI) diffuusio Suomessa 1995–2010

Anna Saloranta, PM (politics magister), Tampereen yliopisto, Sonja Lumme, VM, THL, Pekka Rissanen, Prof., Tampereen yliopisto, Ilmo Keskimäki, Prof., THL, Tampereen yliopisto

Uuden lääketieteellisen teknologian diffuusio on riippuvainen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta. Käyttöönoton oletetaan tapahtuvan suhteessa tarpeeseen, ja toteutukseen vaikuttavat saman sairaanhoitopiirin alueella toimivat terveydenhuoltopalveluiden tuottajat. Suomessa 1990-luvulla sepelvaltimotaudin operatiivisesta hoidosta tehtyjen arvioiden mukaan tarjonnan rakenne oli kliiniseen tarpeeseen nähden epätarkoituksen mukainen. Pallolaajennuksia Suomessa suoritettiin vähän, kun taas ohitusleikkausten määrä oli muihin maihin verrattuna huomattavan korkea. Arvioiden seurauksena julkisen terveydenhuollon voimavaroja kohdennettiin pallolaajennusten lisäämiseen.

Tämän tutkimuksen tavoite on arvioida voimavarojen lisäyksen vaikutusta sepelvaltimoiden pallolaajennusten alueelliseen ja sosioekonomiseen jakautumiseen suhteessa hoidon tarpeeseen.

Vuosien 1995–2010 välillä tehty sepelvaltimotoimenpiteet kerättiin hoitoilmoitustiedoista ja yhdistettiin Tilastokeskuksen väestörekisterien sosioekonomista asemaa kuvaaviin, ja kuolinsyyrekisterin tietoihin. Tutkimus on osa ”The Finnish Health Care State – Continuity and Change” -hanketta. Horisontaalista oikeudenmukaisuusindeksiä (HII) käytettiin toimenpiteiden tuloryhmittäisen jakautumisen arvioimiseen. Alueyksikkönä käytettiin sairaanhoitopiirejä, joiden HII:t estimoitiin monitasomallinnuksen avulla. Tarvettiin arvioitiin käyttäen alueellisia sekä tulo-, sukupuoli- ja ikäryhmittäisiä sepelvaltimotautikuolleisuus-tietoja.

Tulosten perusteella tarkasteluvälillä toteutunut toimenpiteiden määrän lisäys ja voimavarojen uudelleen kohdentaminen pallolaajennuksiin ei muuttanut sepelvaltimo-toimenpiteiden kohdentumista vastaamaan paremmin hoidon tarpeeseen alueellisesti tai sosioekonomisesti. Suhteelliset erot palvelujen käytön ja tarpeen välillä olivat suurempia miehillä kuin naisilla. Sairaanhoitopiirien välillä oli myös huomattavia eroja tuloryhmittäisen sepelvaltimotoimenpiteiden kohdentumisen oikeudenmukaisuudessa. Myös pallolaajennuksien käyttöönoton nopeudessa oli huomattavia sairaanhoitopiirien välisiä eroja. Tulokset viittaavat siihen, että pallolaajennusten huomattava lisäys ei ole parantanut sepelvaltimotoimenpiteiden jakauman tarpeenmukaisuutta. Terveydenhuollon voimavarojen rationaalista kohdentamista voitaisiin tukea perustamalla investointipäätökset huolellisemmin tietoihin palvelujen tarpeen ja käytön jakautumisesta alueittain ja väestöryhmittäin.

## Kanta-palvelujen käyttöönotto vuosina 2010–2015

Vesa Jormanainen<sup>1</sup>, Marina Lindgren<sup>2</sup>

1 LL THM terveydenhuollon erikoislääkäri, THL, Operatiivisen toiminnan ohjaus -yksikkö (OPER)

2 VTM sairaanhoitaja, Kela, Kanta-palvelut-yksikkö

Kansallisen Terveysarkiston valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut) muodostavat lain-säädäntöön perustuvan ainutlaatuisen palvelukokonaisuuden, joka tulee vaiheittain kansalaisten, terveydenhuollon ja apteekkien käyttöön vuodesta 2010 alkaen. Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata Kanta-palvelujen käyttöön ottoa ja käyttöä palveluittain vuodesta 2010.

**Aineisto ja menetelmät.** Aineistomme perustui Kelan ja THL:n keräämiin palvelujen tietoihin, joita käsiteltiin lukuina ja osuuksina (%) koko maan ja sairaanhoitopiirien ositteissa.

**Omakanta.** Kun sähköinen resepti ja Potilastiedon arkisto tulivat käyttöön, 18 vuotta täyttäneillä kansalaisilla oli käytössään Kelan rakentama omien tietojen katselupalvelu (Omakanta; [www.omakanta.fi](http://www.omakanta.fi)). Omakantan käyttö on kasvanut sitä mukaa, kun Kanta-palveluja on otettu laajasti käyttöön julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Vuoden 2015 syyskuussa Omakantaan kirjautui 257 110 eri henkilöä yhteensä 492 518 kertaa.

**Potilastiedon arkisto.** Potilastiedon arkiston tuotantopilotti tapahtui Kuopiossa 11/2011–2/2012. Ensimmäisenä Potilastiedon arkiston otti tuotantoon Itä-Savon sairaanhoitopiiri (Sosteri) 2.11.2013, ja liittymiset julkisessa terveydenhuollossa alkoivat laajamittaisesti 3/2014. Lakisääteiseen määräaikaan 31.8.2014 mennessä 57 (32 %) julkisen terveydenhuollon toimijaa oli liittynyt Potilastiedon arkistoon. Liittyjiä oli 171 (97 %) tilanteessa 16.10.2015 ja palvelu oli käytössä 308 (99 %) Manner-Suomen kunnassa väestöpeiton ollessa 5,39 miljoonaa (99 %). Lokakuun alussa Potilastiedon arkistoon oli kertynyt 236,7 miljoonaa palvelutapahtumaa ja hoitoasiakirjaa 4,5 miljoonalta eri henkilöltä. Yksityisen terveydenhuollon liittymisvalmistelut ovat käynnissä.

**Sähköinen resepti.** Ensimmäinen sähköinen resepti kirjoitettiin Turussa 5/2010. Vuonna 2014 lääkärit laativat 24,8 miljoonaa sähköistä reseptiä ja niistä tehtiin 38,9 miljoonaa lääketoiimitusta apteekeissa 3,6 miljoonalle eri henkilölle. Aptekeista (815 pää- ja sivuapteekkia) 98 % liittyi Reseptikeskukseen määräajassa (31.3.2012 mennessä). Julkisen terveydenhuollon toimijoista 95 % otti sähköisen reseptin käyttöön määräajassa (31.3.2013 mennessä). Yksityisen terveydenhuollon 241 toimijaa käytti sähköistä reseptiä lokakuussa 2015. Aptekeissa 90 % lääketoiimituksista tehdään sähköisistä resepteistä.

**Johtopäätökset.** Omakanta-palvelu kansalaisille on avoinna tietoturvallisesti verkossa 24/7. Potilastiedon arkiston käyttöönotot ovat loppusuoralla julkisessa terveydenhuollossa. Yksityisen terveydenhuollon käyttöönotot alkavat vuoden 2016 alussa. Julkisessa terveydenhuollossa sähköisen reseptin käyttö on jo osa päivittäistä toimintaa. Kanta-palvelut laajenevat sosiaalihuoltoon Kansa-hankkeen avulla. Digitaalisuuteen liittyvät toiminnan muutokset edellyttävät tietojen liikkuvuutta ja tietojärjestelmiltä yhteentoimivuutta, mitä pannaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimeen valtakunnallisella Kanta-palveluilla.



## Sosioekonomiset erot sairaalahoitajaksissa avohoidolle reagoivissa tiloissa vuosina 1996–2010 Suomessa

Sonja Lumme<sup>1</sup>, Kristiina Manderbacka<sup>1</sup>, Martti Arffman<sup>1</sup>, Markku Lehtikoinen<sup>2,3</sup>, Ilmo Keskimäki<sup>1,4</sup>

1 THL, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

2 Helsingin yliopisto, akateeminen terveyskeskus

3 Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

4 Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

### Tausta ja tutkimustehtävä

Avohoidolle reagoivilla tiloilla tarkoitetaan sairauksia, joissa sairaalahoitajaksot voitaisiin ehkäistä perusterveydenhuollon keinoin. Hoitajaksot avohoidolle reagoivissa tiloissa on viime vuosina enenevästi käytetty perusterveydenhuollon vaikuttavuuden ja laadun epäsuoraan arviointiin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida sosioekonomista oikeudenmukaisuutta hoitajaksissa avohoidolle reagoivissa tiloissa Suomessa 1990-luvun puolivälistä vuoteen 2010.

### Aineisto ja menetelmät

Analysoimme sairaalahoitajaksot avohoidolle reagoivissa tiloissa yli 25 -vuotiaalla asuntoväestössä vuosina 1996–2010. Hoitajaksot poimittiin hoitoilmoitusrekisteristä ja sosiodemografiset tiedot yhdistettiin niihin Tilastokeskuksen rekistereistä. Arvioimme hoitajaksot Iso-Britanniassa NHS:n arvioimiseen kehitetyn 37 tautia käsittävän listan avulla. Ikävakioidut hoitajaksot laskettiin suoraan ikävakiointia käyttäen ja väkiväestönä oli Euroopan keskiarvo.

### Tulokset

Hoitajaksot avohoidolle reagoivissa tiloissa kattoivat 10–15 % kaikista sairaalahoitajaksista tutkimusajan kohtana. Vuonna 1996 näiden hoitajaksot luvut olivat 121 700, naisilla ja miehillä jaksoja oli suunnilleen saman verran. Vuoteen 2010 hoitajaksot avohoidolle reagoivissa tiloissa vähenivät 15 %. Vuonna 1996 alimmassa tuloryhmässä hoitajaksot esiintyvyyssuhde (rate ratio) oli 2.4 avohoidolle reagoivissa tiloissa ylimpään tuloryhmään verrattuna molemmilla sukupuolilla. Tuloryhmittäinen portaittainen gradientti syveni tutkimusajanjaksoilla ja vuonna 2010 alimpaan tuloryhmään kuuluvilla luvut olivat 3.0 miehillä ja 2.8 naisilla.

### Johtopäätökset

Tutkimustulostemme mukaan sairaalahoitajaksot avohoidolle reagoivissa tiloissa ovat todennäköisempiä alempiin tuloluokkiin kuuluvilla. Vaikka sairaalahoitajaksot avohoidolle reagoivissa tiloissa vähenivät tutkimusajanjaksoilla, sosioekonomiset erot niissä kasvoivat. Tutkimustulostemme perusteella näyttääkin, että heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus ja/tai laatu ovat heikentyneet ja niihin pitäisi kiinnittää erityistä huomiota.

## Arkaluonteista tietoa sisältävien aineistojen arkistointi ja jatkokäyttö

Annaleena Okuloff, FM, Tietoarkisto

Tutkimusaineiston käyttö useammassa tutkimuksessa tuo rahoittajan panokselle enemmän vastinetta ja vähentää päällekkäistä tiedonkeruuta. Myös tutkijoiden ajan ja resurssien käyttö tehostuu ja ilmiöiden monipuolinen tutkiminen helpottuu. Suomen tiedepoliittinen linjaus tähtääkin tutkimusaineistojen avoimuuteen. Useat rahoittajat ja julkaisijat, esimerkiksi Suomen Akatemia (SA), TEKES, PLOS ONE ja BioMed Central, suosittelevat tai edellyttävät tutkimusaineistojen avaamista tieteellistä jatkokäyttöä varten.

Aineiston kerääjän vaikuttavuuskerroin nousee, kun tulevat käyttäjät viittaavat aineiston tekijöihin ja alkuperäisiin tutkimusjulkaisuihin. Aineisto saa kansainvälistä näkyvyyttä ja edistää yhteistyötä tutkimusryhmien välillä. Aineistojen käyttö useammassa tutkimuksessa helpottaa myös tutkittavien taakkaa, kun harvemman täytyy osallistua tutkimuksiin.

Terveys- ja lääketieteiden aineistot sisältävät useimmiten arkaluonteista tietoa, jonka käsittelyssä täytyy noudattaa erityistä huolellisuutta. Lainsäädäntö, muun muassa Henkilötietolaki, Laki lääketieteen tutkimuksesta ja Biopankkilaki, määrittelevät rajat tutkimusaineiston arkistoinnille jatkokäyttöä varten. Lisäksi tuleva EU-tietosuoja-asetus tulee vaikuttamaan siihen, missä määrin tunnisteellisia tutkimusaineistoja voi käyttää muussa kuin alkuperäisessä tutkimuksessa, jota varten aineisto on kerätty.

Aineistojen jatkokäyttöä säätelevät myös eettisen lausunnon antavat eettiset toimikunnat. Lisäksi tutkimuksen etiikka ja hyvän tieteen käytännöt sekä tutkijan omat käsitykset vaikuttavat siihen, pidetäänkö aineiston arkistointia eettisenä.

Tutkittavan tietosuoja, julkaisijoiden vaatimukset, tutkimusrahoituksen saanti, tarve säädellä arkistoidun aineiston jatkokäyttöä ja tutkimuksen intressit ovat ristiriidassa keskenään. Lakien erilaisten sisältöjen seurauksena esimerkiksi aineiston, joka sisältää vain kyselytutkimuksessa kerättyä tietoa, käyttöä säädellään tiukemmin kuin aineiston, jossa kyselytutkimuksen lisäksi on kerätty biologisia näytteitä. Tutkijan ei ole helppo pysyä ajan tasalla säädöksistä ja tasapainoilla vaatimusten ristitulessa.

Biopankkien ja kansainvälisten arkistojen ohella Tietoarkisto tarjoaa luotettavan pitkäaikaissäilytyksen tutkimusaineistoille. Tietoarkisto arkistoi sähköisesti tallennettuja tutkimusaineistoja, neuvoa ja auttaa tutkimusaineistojen haussa ja käytössä ja luovuttaa arkistoituja aineistoja tutkimukseen. Tietoarkisto antaa myös tietoa aineistojen turvallisesta säilytyksestä sekä tutkimuksen etiikasta ja lainsäädännöstä.

# Käyttäytymislääketieteen jaoksen sessio

## Ennustavatko masennusoireet, tunnesyöminen ja liikunta pystyvyyden tunne painonmuutoksia? Tuloksia 7-vuoden seurantatutkimuksesta

Hanna Konttinen, VTT, Helsingin yliopisto  
Satu Männistö, ETT, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos  
Ari Haukkala, VTT, Helsingin yliopisto

**Tutkimuksen tarkoitus:** Masennusoireet ja ylipaino ovat usein positiivisesti yhteydessä toisiinsa, mutta tätä yhteyttä selittävistä mekanismeista on vähemmän tutkimustietoa. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten masennusoireet, tunnesyöminen ja liikuntaan liittyvä pystyvyyden tunne ovat yhteydessä 7-vuoden muutoksiin painossa suomalaisessa aikuisväestössä. Lisäksi tavoitteena oli tutkia, selittävätkö tunnesyöminen ja liikunta pystyvyyden tunne masennusoireiden yhteyksiä painonmuutoksiin.

**Aineisto ja menetelmät:** Tutkittavat osallistuivat vuosina 2007 ja 2014 DILGOM-seurantatutkimukseen, jossa selvitetään ravitsemuksen, elämäntapojen ja perintötekijöiden yhteyttä lihavuuteen ja metaboliseen oireyhtymään. Vuonna 2007 DILGOM-tutkimus toteutettiin osana FINRISKI 2007 terveystutkimusta ja siihen osallistui 5024 iältään 25-74-vuotiaasta miestä ja naista. Tutkittavien pituus ja paino mitattiin terveystarkastuksessa ja masennusoireita, tunnesyömistä ja pystyvyyden tunnetta kartoitettiin olemassa olevilla kyselylomakkeilla. Vuoden 2014 seurantatutkimuksessa Helsingin ja Turun seuduilla asuneet tutkittavat osallistuivat terveystarkastukseen ja täyttivät kyselylomakkeen, kun taas muilla kolmella tutkimusalueella kyselylomake postitettiin tutkittaville. Seurantavaiheeseen osallistui yhteensä 3735 henkilöä (vastausprosentti: 82%).

**Tulokset:** Analyysimenetelmänä käytettiin pääasiassa rakenneyhtälömallinnusta. Masennusoireista kärsivät naiset ja miehet olivat useammin taipuvaisia lohtusyömiseen ja uskoivat vähemmän omaan kykyynsä ylläpitää liikuntaharrastuksia. Masentuneisuus ennusti naisilla sekä painonnousua että painonlaskua 7-vuoden seurannan aikana. Naisilla liikunta pystyvyyden tunne ei ollut yhteydessä painonmuutoksiin, mutta taipumus tunnesyömiseen ennusti suurempaa painonnousua. Lisäksi lohtusyöminen selitti osittain masennusoireiden ja painonnousun välistä yhteyttä. Miehillä masennusoireet, tunnesyöminen tai liikunta pystyvyyden tunne eivät olleet yhteydessä painonmuutoksiin.

**Johtopäätökset:** Masentunut mieliala yhdistettynä tunnesyömiseen ennustaa suurempaa painonnousua erityisesti naisilla. Tulevaisuudessa tutkimuksen tulisi keskittyä selvittämään, mitkä ovat parhaat keinot vähentää negatiivisten emootioiden vaikutuksia painonnousuun.

## Nuoren minäkuva ja itsetunnon kehityskulut nuoruudesta aikuisuuteen

Olli Kiviruu VTM<sup>1</sup>, Taina Huurre FT, KL<sup>1</sup>, Hillevi Aro LT, prof. emerita<sup>1</sup>,  
Mauri Marttunen LT, prof. <sup>1</sup>, Ari Haukkala, VTT, dosentti <sup>2</sup>

1 Terveysosasto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

2 Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto

**Tutkimuksen tarkoitus:** Tutkimuksessa selvitettiin nuoruuden minäkuvan yhteyttä itsetuntoon ja sen kehityskulkuun nuoruudesta keski-ikään. Itsetunto on osa hyvää mielenterveyttä ja se ennustaa monia muita hyvinvoinnin indikaattoreita.

**Aineisto ja menetelmät:** Aineisto perustui tamperelaisnuorten kohorttiin (N=2194), jonka tutkiminen alkoi vuonna 1983, jolloin tutkittavat olivat 16-vuotiaita. Kohorttia on seurattu postikyselyin 22, 32 ja 42 vuoden iässä. Minäkuvaa kartoitettiin 16-vuotiaana seitsemällä ulottuvuudella: älykkyys, attraktiivisuus, johtajuus, asiavaltaisuus, rauhallisuus, vapautuneisuus sekä energisyys. Itsetunto mitattiin kaikissa vaiheissa ja käyttäen pitkästä latenttien profiilien analyysia tutkittavat luokiteltiin kolmeen itsetunnon kehitystä kuvaavaan profiiliin: 1) nouseva/korkea, 2) keskimääräinen ja 3) laskeva/matala. Minäkuvan ulottuvuuksien yhteys itsetunnon kasvuprofiileihin analysoitiin multinomiaalisella logistisella regressioanalyysillä käyttäen ns. 3-vaiheista menetelmää ja nousevaa/korkeaa itsetuntoprofiilia vertailuryhmänä.

**Tulokset:** Naisilla korkeat pisteet minäkuvan ulottuvuuksilla vapautuneisuus, älykkyys sekä attraktiivisuus pienensivät riskiä ( $p<.001$ ) kuulua keskimääräiseen tai laskevaan/matalaan itsetuntoprofiiliin. Lisäksi naisilla minäkuvan ulottuvuus rauhallisuus ( $p<.05$ ) vähensi riskiä kuulua keskimääräiseen itsetuntoprofiiliin. Myös miehillä vapautuneisuus ( $p<.001$ ), älykkyys ( $p<.05$ ) ja attraktiivisuus ( $p<.01$ ), kuten myös asiavaltaisuus ( $p<.05$ ) alensivat riskiä kuulua keskimääräiseen itsetuntoprofiiliin. Ainoa nuoren minäkuvan osa-alue, joka erotteli miehillä laskevaa/matalaa ja nousevaa/korkeaa itsetuntoprofiilia oli energisyys: mitä vähemmän nuori mies kuvasi itseään energiseksi ja uteraksi sitä todennäköisemmin ( $p<.01$ ) hänen tuleva itsetuntoprofiilinsa oli laskeva/matala.

**Johtopäätökset:** Sekä miehillä että naisilla vapautuneisuus, älykkyys ja attraktiivisuus nuoren minäkuvan osa-alueina ennustivat hyvää itsetuntoa ja sen suotuisaa kehitystä nuoruudesta keski-ikään. Nuorten miesten kohdalla energisyyden puute ilmeni riskitekijäksi huonolle itsetunnon kehityskululle ja siten se on mahdollinen tekijä, johon interventioita ja/tai preventiota

## Sosiaalinen tuki, tunteiden säätely, hyväksyntä ja välttämiskäyttäytyminen

Martti T. Tuomisto<sup>1</sup>, PhD; Lauri Parkkinen<sup>1</sup>, FM; Jyrki Ollikainen<sup>2</sup>, FM; Virpi Laakso<sup>3</sup>,  
PsT & Sirpa Lindroos<sup>3</sup> LL

1) Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto, 2) Informaatitieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto, 3) Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä

**Tutkimuksen tarkoitus, aineisto ja menetelmät:** Mielenterveyden pohja on emotionaalinen tasapaino ja melko ongelmaton suhde sosi-aaliseen ympäristöön tai johdonmukainen, arvojen mukainen suhde ympäristöön. Positiivista mielenterveyttä on tutkittu enenevässä määrin. Tässä epidemiologisessa, satun-naistetussa pilottitutkimuksessa, joka on meneillään Forssan hyvinvointikuntayhtymän alueella, tutkitaan mm. tunteidensäätelyyn ja mielenterveyden ylläpitämiseen liittyviä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, joihin ihmiset voivat ryhtyä. Nämä suhteutettiin mm. tunteiden ja muiden kokemusten hyväksyntää kartoittavaan mittarin (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-2) tuloksiin. AAQ mittaa hyväksyntää, jonka vasta-kohta on kokemuksellinen ja muu välttämiskäyttäytyminen, joka korreloi vahvasti erilaisten mielenterveys- ja terveysongelmien kanssa.

**Tulokset:** Tässä esityksessä käydään läpi pienen n. 30 henkeä käsittävän ensijoukon tuloksia. Niihin kuu-luvat mm. sosiaalisen tuen, erilaisten ennaltaehkäisevien itsehoitotoimenpiteiden ja positiivisten tunteiden korrelaatiot kokemusten hyväksyntään. Sosiaalisesta tuesta korreloivat positiivisten tunteiden kanssa ennen kaikkea läheisyyden (0,47–0,64) ja rakkauden (0,45–0,56) tunteet ihmissuhteissa, jotka olivat negatiivises-sa suhteessa kokemukselliseen välttämiseen (mol. -0,74). Kokemuksellisen välttämisen korrelaatiot positi-iivisiin tunteisiin olivat negatiivisia ja korkeita seuraavasti: Toiveikas/ luottavainen tulevaisuuteen -0,79; tasapainoinen/ tyytyväinen/ onnellinen, -0,70; rentoutunut/ levollinen/ rauhallinen -0,68; pirteä/ iloinen-0,64; kiinnostunut/ innostunut-0,63; vireä/ toimielias -0,54; aloitteellinen/ rohkea -0,48. Ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä kokemukselliseen välttämiseen korreloivat positiivisesti seuraavat: Pidän mielessäni huonon kokemuksen, jotta tulevaisuudessa osaisin toimia paremmin 0,46; pyrin tulemaan tietoiseksi mahdollisista vaikeuksistani tai ongelmistani 0,42; harrastan mietiskelyä 0,40; tutkin tunteitani löytääkseni ratkaisun 0,39. Negatiivisesti välttämisen kanssa korreloivat seuraavat: Muistelen tilanteita, joissa olen onnistunut hyvin -0,39 ja harrastan seksiä -0,40.

**Päätelmät:** Pienestä otoksesta huolimatta voidaan alustavista tuloksista arvioida laajempien tulosten suun-taa. Tulokset ovat pitkälle yhteneväisiä kliinisen psykologian näkemyksiin. Uutta tietoa saadaan ennen kaikkea erilaisten tunteidensäätelymenetelmien tärkeydestä.

## Sosiaalinen pääoma ja terveys: malli sairausspesifistä sosiaalisesta pääomasta

Ulla-Sisko Lehto, FT <sup>1,4</sup>, Markku Ojanen, prof. (emer.) <sup>2</sup>, Tarja Nieminen, FT <sup>3,1</sup>,  
Taina Turpeenniemi-Hujanen, prof. <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, <sup>2</sup>Tampereen yliopisto, <sup>3</sup>Tilastokeskus ja <sup>4</sup>Oulun yliopistollinen sairaala OYS

Sosiaaliset eli ihmisten väliset suhteet ja terveys ovat olleet pitkään tieteellisen tutkimuksen kohteena, mutta sosiaaliseen pääoman (social capital) käsite nousi esiin vasta 1990-luvulle tultaessa. Se syntyi havainnosta, että aineellisen pääoman (varallisuus, teknologia) ja inhimillisen pääoman (tieto ja taidot) lisäksi myös sosiaaliset suhteet – eli sosiaaliset verkostot ja niistä saatavat resurssit – ovat tärkeitä tuottavuudelle, kehitykselle ja hyvinvoinnille. Inhimillisestä pääomasta eli työvoiman laadusta keskusteltiin taloustieteissä jo 1960-luvulla, mikä auttoi myös sosiaalisista suhteista saatavien resurssien merkityksen tunnistamisessa. Sosiaalinen pääoma on ihmissuhteista saatava resurssi. Se jakaantuu rakenteellisiin ulottuvuuksiin eli sosiaalisiin verkostoihin ja sisällöllisiin ulottuvuuksiin eli verkostoissa jaettuun arvoihin, uskomuksiin, käsitteisiin ja asenteisiin, kuten luottamus ja vastavuoroisuus.

Sosiaalisen pääoman käsitettä alettiin käyttää terveystutkimuksessa 1990-luvun lopulla kun sosiaalisten verkostojen ja osallistumisen sekä niissä vallitsevien luottamuksen ja vastavuoroisuuden havaittiin olevan yhteydessä parempaan hyvinvointiin. Sosiaalisen pääoman tuotoista juuri yhteys terveyteen ja hyvinvointiin osoitettiin jo varhain. Parhaillaan kertyy tuloksia pitkittäistutkimuksista, joiden mukaan sosiaalinen pääoma on paremman terveyden syy eikä päinvastoin. Sosiaalista pääomaa voidaan tutkia joko yksilön ominaisuutena eli yksilötasoisena pääomana (kuinka yksilöt hyötyvät) tai yhteisön ominaisuutena eli yhteisötasoisena pääomana (miksi jotkin yhteisöt pärjäävät paremmin). Yksilötasolla sosiaalista pääomaa määrittävät ikä, sukupuoli, siviilisääty, sosioekonominen status ja eräät persoonallisuuden piirteet, kun taas yhteisötasolla keskeisiä ovat yhteisön tai alueen ominaisuudet, kuten tulotaso, varallisuus ja rikollisuus.

Analysoimme sosiaalisen pääoman ja sen komponenttien suhdetta tiettyä somaattista sairautta (syöpää) sairastavilla. Jaottelemme sosiaalisen pääoman osatekijät eri tavoin ja yksityiskohtaisemmin kuin aikaisemmin. Esitämme että yksilötason sosiaalinen pääoma tulee jakaa yleiseen ja tilannesidonnaiseen eli se tulee huomioida erikseen sekä ennen sairautta (tai riippumatta siitä) että sairauteen ja sen hoitoon liittyvinä. Jälkimmäinen on sairausspesifiä sosiaalista pääomaa. Tähän kuuluvat sellaiset sosiaaliset verkostot, joiden kanssa henkilö on ollut vuorovaikutuksessa sairautensa yhteydessä ja niissä vallitsevat arvot ja asenteet. Sairausspesifin sosiaalisen pääoman muodostumiseen vaikuttavat myös sairauden vaikeusaste ja hoito. Myös hyvinvointivastemuuttajat tulee jakaa sen mukaan, onko kyseessä yleinen terveys ja hyvinvointi vai sairauteen liittyvä terveys ja hyvinvointi. Yleinen ja tilannesidonnainen sosiaalinen pääoma vaikuttavat eri mekanismien kautta terveyteen.

## Onko käyttäytymismuutostekniikkojen käyttö ja intervention-ohjaajan empaattisuus yhteydessä elintapamuutokseen?

Dr. Nelli Hankonen (1, 2), Prof. Stephen Sutton (2), Prof. A. Toby Prevost (3, 4), Dr. Rebecca K. Simmons (5), Prof. Simon J. Griffin (3, 5), Prof. Ann Louise Kinmonth (3), Dr. Wendy Hardeman (2, 6)

- 1) Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto
- 2) Behavioural Science Group, Primary Care Unit, Department of Public Health and Primary Care, Institute of Public Health, University of Cambridge
- 3) The Primary Care Unit, Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge
- 4) Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London
- 5) MRC Epidemiology Unit, Institute of Metabolic Science
- 6) School of Health Sciences, University of East Anglia

**Tutkimuksen tarkoitus:** Meta-analyyseissa on tunnistettu lupaavia käyttäytymismuutostekniikoita (behavior change technique, BCT) painonhallintaan liittyvien käyttäytymisten muuttamiseksi elintapainterventioissa. Kuitenkin on epäselvää, missä määrin intervention osallistuneet potilaat käyttävät näitä tekniikoita ja miten niiden käyttö on yhteydessä tuloksiin. Tämän lisäksi elintapainterventioiden tuloksiin saattaa myös vaikuttaa interventio-ohjaajan empaattisuus. Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää liikuntaan ja ravitsemukseen kohdistuvan intervention-ohjelman osallistujien käyttäytymismuutostekniikkojen käyttöä, intervention-ohjaajien empaattisuutta, ja näiden yhteyttä käyttäytymisen ja painon muutoksiin.

**Menetelmät:** Tutkimuksessa analysoitiin ADDITION-Plus –RCT:n interventiohaaran koehenkilöitä (N=239; iältään 40-69 v.), joilla oli hiljattain diagnosoitu tyypin 2 diabetes. Interventiohaaran osallistujat saivat intensiivistä diabeteshoitoa sekä käyttäytymistieteellisiin teorioihin perustuvan, ohjaaja-vetoisen elintapaintervention, jossa mm. opetettiin käyttäytymismuutostekniikkojen käyttöä. 12 kk:n mittauksessa koehenkilöt raportoivat käyttäytymismuutostekniikkojen käyttöään sekä ohjaajan empaattisuuden (Consultation/Relational Empathy -mittari).

**Tulokset:** 36 % koehenkilöistä raportoi käyttäneensä kaikkia 16:tta tekniikkaa. Mitä enemmän tekniikkoja oli käyttänyt, sitä enemmän painoindeksi (BMI) pieneni. Tiedetyt tekniikat (esim. tavoitteenasettelu, varmistussuunnittelu) olivat myös yhteydessä BMI:n vähenemiseen. Ohjaajan havaitulla empaattisuudella ei ollut suoraa yhteyttä käyttäytymismuutoksiin ja kliinisiin riskitekijöihin, mutta se ennusti käytettyjen tekniikoiden määrää ja luottamusta niiden käyttötaitoon ( $\beta = .20$ ,  $p < .01$ ).

**Johtopäätökset:** Käyttäytymismuutostekniikoiden todellinen käyttö oli yhteydessä painon vähenemiseen. Jatkossa tutkimuksen tulisi selvittää, mitkä ovat parhaat strategiat tukea tekniikoiden käyttöä arjessa. Ohjauksessa koettu empatia saattaa lisätä elintapainterventioiden osallistujien pyrkimystä elintapamuutoksiin.

**Trial Registration:** ISRCTN99175498



In English: Are behaviour change technique use and intervention facilitator empathy related to lifestyle change outcomes?

**Purpose:** Meta-analyses have identified promising behavior change techniques (BCTs) in changing obesity-related behaviors from intervention descriptions. However, it is unclear whether these BCTs are used by intervention participants and are related to outcomes. Furthermore, outcomes of behavioural interventions may also be influenced by communication style (empathy) of those delivering interventions. The purpose of this study is to investigate 1) BCT use by participants of an intervention targeting physical activity and diet and 2) whether BCT use was related to behavior change and weight loss.

**Methods:** We analysed data from participants (N=239; 40-69 years) with recently diagnosed type 2 diabetes in the intervention arm of the ADDITION-Plus trial. They received intensive diabetes treatment plus a facilitator-led theory-based intervention which taught them a range of BCTs. At one year, participants rated their facilitator on Consultation/Relational Empathy and reported usage of nine BCTs taught in the intervention, and confidence in using them.

**Findings:** Thirty-six percent of the participants reported using all 16 intervention BCTs. Use of a higher number of BCTs and specific BCTs (e.g., goal setting, preparing for setbacks) were associated with a reduction in body mass index (BMI). Perceived facilitator empathy was unrelated to changes in behaviour and clinical outcomes, but predicted the number of BCTs used and confidence in using them (both  $\beta = .20$ ,  $p < .01$ ).

**Conclusion:** BCT use was associated with weight loss. Future research should identify strategies to promote BCT use in daily life. Empathetic facilitators might improve participants' use of BCTs in daily life, whilst the use of specific BCTs enhances weight loss.

Trial Registration: ISRCTN99175498

# Building stress-resilience among adolescents: First results from a cluster-randomized controlled trial of a school-based mindfulness intervention

B.A. M Beattie<sup>1</sup>; B.Soc.Sci. G Salo<sup>1</sup>; Adjunct Prof N Hankonen<sup>2</sup>, PhD K Knittle<sup>1</sup>, Prof S Suominen<sup>3</sup>, PhD S-M Volanen<sup>4</sup>

1 University of Helsinki, Department of Social Research, Finland

2 University of Tampere, Finland

3 University of Skövde, Sweden, University of Turku and Folkhälsan Research Center, Finland

4 Folkhälsan Research Center, and University of Helsinki (Dept of Public Health), Finland

## Background

In Finland, 15-25% of adolescents suffer from mental health problems, and there is increasing concern over stress-related mental health problems. There is initial evidence that mindfulness (MF) interventions might hold some promise. For MF interventions to have the intended effects, it is critical that participants continue practice of MF after the program. We aimed to examine 1) what proportion of students report continued practice of MF at home post-intervention, 2) whether perceived norms, self-efficacy, outcome expectancies and intention predict practice at home, and 3) which are the most usual subjectively perceived benefits among those who continue independent practice.

## Methods

This study uses data from an ongoing cluster-randomized trial to test the effectiveness of MF program on student well-being. In the first wave of recruitment, 500 students aged 12-15 years (out of an eventual 2400) were randomly assigned to receive a MF intervention based on the .b program or a control stress management intervention. The MF intervention program consisted of nine weekly MF lessons led by experienced MF practitioners and focused on helping students apply MF skills in daily life. We analyzed questionnaires of the intervention arm students (n=310) at 6 months, i.e., post-intervention.

## Results

49% of students reported having practiced MF at home after six months. Overall, descriptive norms (i.e. beliefs about what their peers were doing) were the greatest predictor ( $B=.121$ ,  $P=.006$ ) of MF practice. Students who continued practice of MF at home six months after the intervention reported the following benefits: better concentration in class (79%); better concentration on hobbies (76%); managing stress better (69%); coping better with difficult emotions (77%); sleeping better (79%); getting better grades in exams (75%); getting along better with friends (85%); and getting along better with family members (84%).

## Conclusions

The results can be used in enhancing uptake of MF practice. They also highlight the importance of designing intervention programs that students are able to identify with, find interesting and helpful, and also share with each other. Future research should aim at examining maintenance of independent MF practice post-intervention with longer follow-ups, and identify best strategies to help students maintain independent practice.

## Health care climate and engagement in physical activity among patients with type 2 diabetes

Anne M. Koponen, D.Soc.Sc, Adjunct Professor, Folkhälsan Research Center,

Nina Simonsen, Ph.D, Folkhälsan Research Center

Ritva Laamanen, Ph.D., Adjunct Professor, Folkhälsan Research Center (retired)

Sakari Suominen, Ph.D., M.D., Professor, University of Skövde, Sweden; University of Turku, and Folkhälsan Research Center

**Aim:** Based on self-determination theory (SDT), this study investigated whether the autonomy supportive health care climate in health care centres was associated with engagement in physical activity among patients with type 2 diabetes when the effect of a wide variety of other important life-context factors (physical health, medication, duration of diabetes, mental health, stress and social support) was controlled for.

**Design:** Patients from five municipalities in Finland with registry-based entitlement to a special reimbursement for medicines used in the treatment of type 2 diabetes (n=2866, mean age 63 years, 56% men) participated in this mail survey in 2011.

**Results:** Of all measured explanatory factors, autonomous motivation was most strongly associated with engagement in physical activity. Autonomous motivation mediated the effect of health care climate on patients' physical activity. Thus, autonomy supportive health care climate was associated with the patient's physical activity through autonomous motivation. This result is in line with SDT.

**Conclusion:** Interventions for improved diabetes care should concentrate on supporting patients' autonomous motivation for physical exercise. Internalizing the importance of good self-care seems to give sufficient energy to maintain a physically active life style.

## **Tilaa muistiinpanoille**